

罹患証明書

福知山淑徳高等学校

氏名 _____ (年 組)

病名 _____

出席停止を要する期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

登校許可日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

⑩

この証明書は、学校保健安全法に定める感染症により、学校を欠席した場合に提出する様式です。高等学校では、授業の欠席が科目の単位認定に関わりますので、お手数ですが証明書の記入にご協力よろしくお願いいたします。